

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE**

**PAR
ANNIE RIVARD**

LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

MAI 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
I - Présentation du trouble d'anxiété généralisée	5
Bref historique du TAG.....	6
Définitions du trouble.....	8
Incidence et prévalence du trouble.....	10
II - Symptômes et présence d'autres pathologies.....	13
Les symptômes reliés au TAG	14
Distinctions entre le TAG et les autres troubles anxieux	22
Présence d'autres pathologies associées au TAG.....	26
III - Facteurs influençant le développement du trouble	29
Les facteurs physiologiques influençant le développement du TAG.....	30
Les facteurs psychosociaux influençant le développement du TAG	32
IV - Comment diagnostiquer le TAG?	36
Évaluation diagnostique	37
Mesure des symptômes	42
V - Pistes d'interventions	45
Traitement pharmacologique du TAG	46
Traitements psychologiques.....	50
Approche comportementale et cognitive du TAG	51
Approche humaniste du TAG	58
Approche psychanalytique du TAG	60
Approche systémique du TAG	61
Prévention des rechutes.....	66
Conclusion.....	69
Références	73

Introduction

L'objectif de ce document est de faire état de la question du trouble d'anxiété généralisée (TAG) dans le but d'informer et également de sensibiliser les gens qui sont amenés à intervenir auprès de personnes étant aux prises avec cette problématique. Il s'adresse donc plus particulièrement aux professionnels de la santé, mais peut également servir de guide pour quiconque serait touché de façon plus personnelle par ce trouble.

Actuellement, peu d'ouvrages s'intéressent de manière globale à ce syndrome. En effet, la plupart des documents traitant du TAG se penchent également sur le sujet des autres troubles anxieux. Le TAG est donc, par conséquent, peu souvent abordé de manière exhaustive. De plus, malgré le fait que le TAG soit l'un des troubles anxieux les plus répandus dans la population, il n'attire que très peu les chercheurs. En effet, Dugas (2000) a recensé tous les résumés d'articles publiés entre 1980 et 1997 sur les troubles anxieux qui se trouvent dans les bases de données PsycLIT et MEDLINE. Ses résultats montrent que le TAG fait partie des troubles les plus négligés par les chercheurs.

De plus, comme le TAG a été reconnu officiellement pour la première fois qu'en 1980, il demeure un trouble relativement récent et parfois méconnu. Plusieurs recherches menées par Swinson et ses collaborateurs (1992) démontrent, en effet, que les professionnels de la santé ne donnent pas toujours le traitement le plus adéquat en ce qui

a trait au TAG, tant au niveau pharmacologique que psychothérapeutique. Toutefois, pour être en mesure de traiter efficacement une problématique, il faut d'abord bien la reconnaître et également bien la comprendre.

Le présent document peut donc servir d'outil intéressant aux professionnels de la santé, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, médecins généralistes, pharmaciens et autres intervenants qui veulent en savoir davantage sur ce trouble qui a un effet trop souvent dévastateur chez les gens qui en souffrent.

Cet ouvrage comporte cinq chapitres. Le premier chapitre porte sur le concept du TAG. On y trouve un bref historique du trouble, des définitions et des informations concernant son incidence et sa prévalence. Le second chapitre s'attarde à décrire les symptômes reliés au trouble ainsi que les distinctions importantes à faire entre le TAG et les autres troubles anxieux dans le but d'en arriver à un diagnostic juste et précis. Les autres pathologies qui sont régulièrement associées au TAG sont également soulevées à la fin du chapitre. Le troisième chapitre concerne les causes potentielles du développement du TAG chez la personne. Celles-ci sont regroupées en deux catégories : les facteurs physiologiques et les facteurs psychosociaux. Quant au quatrième chapitre, il est réservé à l'évaluation de la présence d'un TAG chez une personne autant par la démarche diagnostique que par les outils servant à mesurer l'anxiété. Enfin, le dernier chapitre se concentre sur les traitements du TAG. Les traitements sont répartis selon

deux grandes classes. La première classe s'intéresse aux traitements pharmacologiques tandis que la seconde met l'accent sur les traitements psychothérapeutiques. Ceux-ci sont subdivisés selon différentes approches telles que l'approche cognitive-comportementale, humaniste, psychanalytique et systémique. De plus, certaines avenues aidant à prévenir les rechutes sont mentionnées.

Chapitre I

Présentation du trouble d'anxiété généralisée

Bref historique du TAG

Comme il a été mentionné en introduction, le TAG est un trouble qui n'est apparu dans la littérature que très récemment. Il a été créé par l'American Psychiatric Association et a été traité comme une entité à part entière pour la première fois dans le DSM-III (1987). Le processus a toutefois été assez complexe avant d'en arriver aux critères diagnostiques que l'on retrouve aujourd'hui dans le DSM-IV (1994) et ces mêmes critères ont changé de manière radicale au fil des années.

Sigmund Freud est l'un des premiers à s'être intéressé aux troubles anxieux et à les classer. Il avait observé que certains de ses patients étaient submergés par un sentiment d'angoisse qui n'était toutefois rattaché à aucun objet déterminé. Il définissait ce type d'angoisse comme étant de l'anxiété « flottante » et sans objet précis. Il donna le nom d'« angoisse névrotique » ou « névrose d'angoisse » à cette problématique et cette dénomination demeura jusqu'à l'arrivée du DSM-III.

Suite aux travaux du D. Klein, la « névrose d'angoisse » qui avait été reconnue au début du XXe siècle, a été démembrée en deux troubles distincts (Radat, 1998). Cette division a d'abord été faite en fonction des différences de réponses que présentaient les

patients à certains traitements pharmacologiques (Klein, 1981, cité dans Radat, 1998). Les deux troubles qui sont ressortis de cette division sont le trouble panique (TP) et le TAG. La symptomatologie plutôt somatique du premier trouble répondait bien aux traitements à l'Imipramine (Tofranil®) tandis que le second trouble y réagissait généralement de manière moins positive.

À l'époque, la définition du TAG est plutôt vague. On parle surtout d'un trouble dans lequel existe la présence d'anxiété persistante durant une période d'au moins un mois en l'absence des symptômes spécifiques des autres troubles anxieux (DSM-III). Dès lors, les auteurs ont tenté de rendre les critères diagnostiques du TAG plus précis évitant ainsi que cette classification devienne un espace où l'on placerait les patients présentant une forme résiduelle d'un autre trouble.

Les critères diagnostiques ont donc été davantage précisés dans le DSM-III-R (1987). Dans ce manuel, le TAG désigne une anxiété excessive ou irraisonnée à l'égard d'au moins deux aspects de la vie (ex : travail, santé). Les symptômes doivent être présents sur une période d'au moins six mois. De plus, six symptômes sur une série de dix-huit doivent se retrouver chez la personne. Des modifications au niveau des critères concernant le TAG ont également été apportées dans le DSM-IV. Ces critères seront abordés de manière approfondie dans le second chapitre.

Le TAG, tel qu'il est décrit officiellement dans le DSM, est donc un trouble récent et les nombreuses modifications qu'ont subies les critères diagnostiques du trouble au cours des années complexifient beaucoup le travail des chercheurs. En effet, plusieurs études sur le TAG ont été menées sur la base d'anciens critères. C'est pourquoi quelques aspects du trouble tel que l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques contre le TAG ne sont pas encore totalement déterminés.

Définitions du trouble

Depuis toujours, l'être humain doit faire face, dès son plus jeune âge, à certains événements stressants. Il doit s'adapter à son environnement et tenter de prévoir certaines menaces pour s'éviter, le plus possible, des embûches et des problèmes. Il est toutefois impossible pour l'être humain de prédire le futur et ainsi d'échapper à tous les obstacles de la vie.

L'inévitable incertitude concernant l'avenir amène la plupart des gens à vivre, par moment, certaines inquiétudes. Pour la majorité des gens, ces inquiétudes passagères, qui sont généralement des manifestations cognitives de l'anxiété, ne nuisent aucunement à leurs activités quotidiennes et ont l'habitude de disparaître en peu de temps. Cependant, pour certaines personnes, elles deviennent une réalité de tous les instants. Ils ont l'impression d'avancer sur une route où il y aurait écrit « danger » sur

tous les panneaux. Lorsqu'une menace semble avoir été évitée, la prochaine tâche devient alors d'éviter la seconde et l'autre d'ensuite.

Cette impression d'être constamment en alerte et de redouter le pire décrit bien la notion d'angoisse qui est à la base du TAG. Contrairement au stress qui fait généralement référence à une situation précise ou à l'émotion de peur qui provoque une réaction soudaine de défense ou de fuite face à un danger immédiat, l'anxiété est une crainte souvent sans objet et toujours sans issue (Albert, 1992). Éric Albert énonce également que le cœur de l'anxiété généralisée est l'appréhension anxieuse, la peur constante du lendemain, même si l'avenir paraît assuré. La distinction qu'il y a entre les termes angoisse et anxiété est très subtile et existe uniquement en langue française. L'angoisse serait davantage ressentie au niveau physiologique tandis que l'anxiété se situerait davantage au niveau psychologique.

Freud va dans le même sens dans sa définition de l'angoisse qu'il décrit comme un état caractérisé par l'attente d'un danger, même si ce danger est inconnu. L'Encyclopédie Larousse définit également l'anxiété comme un sentiment d'insécurité douloureuse devant un danger à venir, mais intérieur, latent, non défini. Dans le DSM-IV, l'anxiété est décrite comme une anticipation d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. La

personne souffrant de ce trouble est donc axée sur l'avenir et une grande partie de ses comportements servent à éviter un danger futur.

Bref, il existe plusieurs définitions du TAG dans la littérature. Cependant, de toutes les tentatives d'explications se dégage systématiquement un élément commun et déterminant ; l'inquiétude et l'appréhension chez l'individu d'une conséquence future négative. La présence de cette appréhension peut se transformer en un véritable style de vie pour la personne qui souffre de ce trouble. Le danger pour elle est donc de vivre une grande souffrance et de considérer cette souffrance comme faisant partie d'elle-même et de sa personnalité. Ceci explique en partie la raison pour laquelle très peu de gens atteints par ce trouble consultent en santé mentale de manière spontanée. Pourtant, le TAG n'est pas une problématique rare dans la population.

Incidence et prévalence du trouble

Les statistiques démontrent que plus d'un million et demi de personnes au Canada souffrent d'anxiété généralisée ce qui représente en moyenne environ 5% de la population. La fréquence du trouble tend à s'accroître avec l'âge (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Il est toutefois difficile de déterminer l'âge moyen où apparaît généralement la maladie puisque la plupart des personnes qui souffrent de ce trouble ne se souviennent plus du moment précis où les symptômes révélateurs sont apparus et

déclarent s'être toujours senties anxieuses. Malgré cela, on remarque que les premiers symptômes reliés au TAG apparaissent habituellement pendant l'enfance ou durant l'adolescence. Les résultats d'une étude menée par Marchand (1999) démontrent que 60% des patients souffrant d'un TAG disent avoir ressenti les premières manifestations du trouble avant l'âge de seize ans. La survenue du trouble est donc insidieuse et précoce (Radat, 1998). Cependant, ce n'est généralement qu'au début de l'âge adulte que les personnes souffrant de ce trouble vont consulter un professionnel de la santé (Durand & Barlow, 2002).

L'anxiété généralisée est diagnostiquée chez davantage de femmes que d'hommes. Entre 55% et 60% des personnes souffrant d'un TAG sont des femmes, ce qui équivaut à un ratio d'environ un homme pour deux femmes (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Il est toutefois intéressant de se questionner à ce sujet. Serait-il possible que les hommes anxieux soient moins à l'aise que les femmes dans le fait de demander une aide extérieure? Serait-il possible que ceux-ci tentent de diminuer leur anxiété en consommant certaines drogues ou alcool ? En effet, certains problèmes de dépendance à une substance sont initialement engendrés par un trouble anxieux. Ce sujet sera traité plus en profondeur à la fin du second chapitre.

Comme il a été mentionné précédemment, la fréquence du trouble tend à s'accroître avec l'âge. Ceci pourrait s'expliquer, entre autres, par l'altération progressive

de l'état de santé des personnes âgées et de l'impression du manque de contrôle que ceux-ci ont sur leur environnement. Les modifications de l'environnement auxquelles elles sont généralement soumises (ex. perte d'un conjoint, déménagement en foyer d'accueil) peuvent également faire augmenter drastiquement le niveau d'anxiété chez elles.

Le TAG n'est donc pas un trouble rare. Des études ont même révélé qu'il se retrouve en deuxième position des diagnostics les plus fréquents que l'on retrouve dans les cliniques spécialisées en troubles anxieux (Swinson et coll., 1992) suivant le trouble panique. Ce phénomène vient confirmer l'importance, pour les professionnels de la santé, d'être en mesure de bien reconnaître le trouble.

Chapitre II

Symptômes et présence d'autres pathologies

Les symptômes reliés au TAG

L'anxiété fait partie de l'expérience de chaque être humain et peut, dans bien des cas, être saine et adaptative. Il est donc important de se questionner sur les différences existantes entre l'anxiété « normale » qui est vécue par la majorité et celle dite « pathologique ». Pour ce faire, il est impératif d'aller explorer plus en profondeur les symptômes reliés au TAG en se servant, comme outils de base, des critères diagnostiques du DSM-IV.

Comme il a été mentionné précédemment, le TAG est caractérisé par la crainte d'un danger ou d'une menace potentielle, à venir. L'humeur, dans ce trouble, est orientée vers le futur et la personne qui en souffre vit une constante appréhension. Les gens qui souffrent de ce trouble s'imaginent souvent des scénarios anxiogènes au sujet du futur. Ils craignent même des événements qui ne sont que très peu probables ce qui a pour effet d'augmenter le niveau d'anxiété chez eux. Ils ont tendance à estimer de manière exagérée les risques d'événements déplaisants (Davey & Tallis, 1994). Leur discours est souvent rempli de phrases débutant par « s'il fallait que... ».

La personne souffrant d'un TAG éprouve des soucis excessifs, et ce, dans plusieurs sphères de sa vie. Pour qu'il s'agisse véritablement d'un trouble, ces soucis doivent être présents durant une période d'au moins six mois. Selon Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999), les thèmes qui sont souvent les plus générateurs d'anxiété sont : la famille, l'argent, le travail, la maladie et les relations interpersonnelles. Une étude de Breitholtz, Johansson et Öst (1999) révèle également que les pensées d'une personne atteinte d'un TAG gravitent autour des conflits ou confrontations avec une ou plusieurs personnes, de sa compétence incluant la peur de l'échec et de son acceptation au sein de son entourage. De plus, plusieurs individus qui souffrent de ce trouble s'inquiètent pour la vie et la santé des personnes qui leur sont chères. Enfin, ils peuvent également se tourmenter au sujet de choses plus superficielles dont la majorité des gens ne se soucient pas.

Un grand nombre de ces personnes qui sont touchées par ce trouble passent leur vie à ressentir de l'anxiété en se disant que cela n'est qu'une mauvaise période. Elles trouvent toujours de bonnes raisons pour expliquer leur état en mentionnant, par exemple, une augmentation de la pression au travail ou encore des conflits au niveau familial (Albert & Chneiweiss, 1992). Ces personnes font ainsi de leur anxiété un mode de vie et ressentent continuellement une importante souffrance.

Non seulement, les personnes souffrant de ce trouble ressentent des appréhensions dans plusieurs domaines de leur vie, mais ces mêmes préoccupations deviennent incontrôlables pour elles. Celles-ci se sentent submergées par l'angoisse et ont souvent l'impression qu'elles ne peuvent plus rien à la situation. Elles ont tendance à se focaliser sur elles-mêmes et sur leur anxiété (Davey & Tallis, 1994). Cette impression de perte de contrôle donne à l'anxiété présente un aspect pathologique.

Il existe également d'autres signes et symptômes qui sont associés à l'anxiété chronique. Ces symptômes se manifestent autant au niveau physiologique que psychologique. Selon le DSM-IV, il suffit qu'un adulte présente au moins trois des symptômes suivants pour se voir attribuer un diagnostic de TAG. Voici donc la liste des symptômes : 1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, 2) fatigabilité, 3) difficultés de concentration ou trous de mémoire, 4) irritabilité, 5) tension musculaire, 6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

Le premier symptôme mentionné ci-dessus est très fréquemment rapporté par les personnes anxieuses lors d'une première entrevue. Celles-ci affirment généralement se sentir stressées et avoir l'impression d'être « au bout du rouleau » ou « d'avoir les nerfs en boule ». La fatigabilité est également une autre manifestation du TAG qui est fréquemment soulevée lors d'une première rencontre. Ce symptôme arrive généralement

à la suite d'une longue période d'anxiété. L'individu qui est sous tension durant un long moment voit son niveau d'énergie diminuer et bientôt, les activités de la vie quotidienne deviennent de plus en plus exigeantes pour lui. Cette baisse d'énergie provoque un important changement dans le fonctionnement général d'une personne. Ceci explique bien la raison pour laquelle cette plainte est si communément relevée chez les gens anxieux.

Des difficultés touchant davantage la sphère cognitive peuvent également être présentes au sein de ce trouble. L'hypervigilance, qui est habituellement un trait caractéristique chez les individus anxieux, ainsi que la tendance à focaliser sur les inquiétudes peuvent engendrer un important manque d'attention dans plusieurs sphères de la vie de ces mêmes individus. De plus, il n'est pas rare que des problèmes de concentration soient présents chez eux (Warren & Zgourides, 1991).

L'irritabilité et les sauts d'humeur sont également des symptômes très communs chez les gens souffrant du TAG. Ces manifestations du trouble provoquent généralement certains problèmes au niveau relationnel. En effet, l'humeur souvent massacrant des individus anxieux devient rapidement insupportable pour les gens de leur entourage. Dans l'ouvrage d'Albert et Chneiweiss (1992), ces auteurs qualifient les gens chroniquement anxieux « d'écorchés vifs psychiques », ce qui illustre bien la présence de l'irritabilité chez ces derniers.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats d'une étude menée par Antony et Swinson (1996) démontrent que les personnes atteintes d'un TAG font davantage appel aux services de médecine générale qu'aux services de santé mentale. De plus, elles consultent un médecin de façon plus régulière que la plupart des gens. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les personnes qui souffrent de ce trouble sont souvent inquiètes au sujet de leur santé. Elles se retrouvent donc plus souvent que la majorité des gens dans un cabinet de médecin. Cependant, il est également important de tenir compte des nombreuses répercussions que le TAG provoque au niveau physiologique chez les individus aux prises avec cette problématique. Certes, les effets que l'anxiété produit sur le corps expliquent aussi les nombreuses visites chez le médecin.

En premier lieu, les personnes anxieuses ressentent, en général, d'importantes tensions au niveau musculaire. Cette tension constante peut générer des maux de tête chroniques, d'importants maux de dos et de l'inconfort au niveau de la nuque et des épaules. L'anxiété peut aussi causer des nausées, des sensations de vertige, des tremblements, des frissons et des bouffées de chaleur. Certaines personnes ont même l'impression d'avoir une boule dans la gorge et éprouvent de la difficulté à avaler. L'anxiété influence également la respiration qui devient précipitée ainsi que le rythme cardiaque qui se trouve accéléré. Lorsque l'anxiété atteint un niveau élevé, une impression d'oppression au niveau de l'estomac peut être ressentie chez l'individu.

Ces manifestations au niveau corporel peuvent s'expliquer comme suit. Le corps de l'individu anxieux réagit comme s'il était constamment en présence d'une menace. Le cortisol, qui est considéré comme « l'hormone du stress » et qui a pour tâche de préparer le corps à réagir à un danger, se retrouve donc en dose anormalement élevée dans l'organisme de la personne anxieuse. Le rythme cardiaque et la respiration qui sont accélérés par le cortisol (Sartorius et coll. 1990) sont ainsi activés de façon exagérée chez l'individu angoissé. Ceci provoque certains malaises et le développement de certaines maladies cardio-vasculaires. L'hypertension artérielle, par exemple, est très fréquemment associée au TAG (Durand & Barlow, 2002).

De plus, la présence de cortisol dans l'organisme sur une longue période vient diminuer les défenses immunitaires. Les maladies qui sont en lien avec le système immunitaire se développent alors plus facilement chez un individu constamment anxieux. Certaines maladies tels le diabète et le cancer seraient également influencées par un haut niveau d'anxiété (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999) et seraient plus fréquentes chez les individus anxieux. Il est toutefois important de noter que ce phénomène de libération de cortisol est très adaptatif lorsqu'il se manifeste sur de courtes périodes de temps. Il ne devient problématique que lorsque la situation de détresse se prolonge.

L'anxiété serait également à l'origine de certains désordres gastro-intestinaux. Par exemple, il n'est pas rare de retrouver chez les personnes souffrant d'un TAG, la présence du syndrome du colon irritable ainsi que la présence d'ulcères au niveau de l'estomac (Edelmann, 1992). Selon le même auteur, les gens anxieux seraient plus enclins à faire de l'asthme.

Bref, l'impact direct qu'a l'anxiété sur le corps ne doit pas être négligé, car il peut devenir un premier signal d'alarme de la présence d'un TAG chez la personne. Cet impact explique également la grande utilisation du réseau de santé que font les gens atteint d'un TAG.

La perturbation au niveau du sommeil est un autre symptôme qui est généralement au cœur de plusieurs plaintes rapportées par les gens souffrant d'un TAG. Il existerait, en effet, un recoupement important entre l'anxiété et les troubles du sommeil, et plus particulièrement avec l'insomnie (Godbout, 2004). Les gens anxieux soulèvent généralement des problèmes au niveau du temps d'endormissement et des réveils fréquents au courant de la nuit.

Au moment du coucher, les distractions de l'environnement sont presque inexistantes, ce qui laisse une grande place aux pensées anxieuses et à l'élaboration de scénarios fatalistes. L'activité mentale, qui devrait être diminuée au moment du coucher,

se voit donc augmentée. Cette hypervigilance dont il a été question précédemment, ainsi que la présence d'insomnie chez les gens anxieux sont deux éléments qui vont manifestement de pair. Le manque de sommeil provoque généralement, chez un individu normal, une importante augmentation du niveau d'anxiété. Ce manque de sommeil peut donc avoir des effets catastrophiques chez les individus préalablement anxieux et c'est la raison pour laquelle il doit être mis en tête de liste au moment du traitement.

Les symptômes du TAG se manifestent aussi bien au niveau affectif qu'au niveau physiologique, comportemental ou cognitif et engendrent une grande souffrance. Le TAG se distingue de l'anxiété dite « normale » d'abord par ce grand niveau de souffrance, mais également par les difficultés de fonctionnement qu'il provoque chez l'individu. Ces difficultés peuvent venir nuire à l'individu dans son fonctionnement social, professionnel ainsi que dans d'autres sphères importantes de la vie. Maurice Ferreri en préface de l'ouvrage de Radat (1998) décrit très bien l'impact de l'anxiété pathologique chez l'homme. Il écrit : « L'anxiété rend notre condition *inhumaine* lorsqu'elle est pathologique, qu'elle inhibe le sujet, qu'elle trouble sa pensée, qu'elle impose une faillite imaginaire du corps, qu'elle dramatise à l'excès les situations quotidiennes. » Cependant, l'anxiété ne rend pas la condition de l'homme inhumaine uniquement lorsqu'elle est généralisée. Les autres troubles anxieux peuvent également altérer de manière importante le fonctionnement des gens qui en souffrent. Qu'est-ce qui

distingue le TAG des autres troubles? Voici la question qui sera traitée dans la partie suivante.

Distinctions entre le TAG et les autres troubles anxieux

Les différentes manifestations de l'anxiété pathologique se traduisent à travers divers troubles anxieux. Les principaux troubles anxieux, autres que le TAG, sont le trouble panique sans agoraphobie (TP), le trouble panique avec agoraphobie (TPA), la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (TSPT).

L'historique du TAG révèle très bien le lien étroit existant entre celui-ci et le trouble panique. Le trouble panique étant d'ailleurs l'un des troubles les plus souvent associés au TAG (Edelman, 1992 ; Radat, 1998 ; Lalonde & coll, 1999). Albert et Chneiweiss (1992) proposent même dans leur ouvrage une sorte de continuité entre les deux pathologies, le TAG précédant parfois le trouble panique. Cependant, il existe plusieurs distinctions entre ces troubles. Contrairement au TAG qui a une survenue insidieuse, le TP survient de façon tout à fait imprévisible. De plus, les inquiétudes dans le TP concernent principalement la peur d'être en proie à d'autres attaques. Les symptômes physiques qui se manifestent lors d'une attaque de panique (palpitations, étourdissements, gêne respiratoire) sont interprétés de manière catastrophique. Les gens

souffrant de TP ont souvent l'impression qu'ils vont mourir pendant l'attaque et confondent souvent l'attaque de panique et la crise cardiaque. Dans le TAG, les symptômes physiologiques de l'anxiété sont perçus de façon beaucoup moins menaçante et en lien direct avec l'anxiété vécue par le sujet. Il peut arriver qu'une personne souffrant d'un TAG vive à un moment donné une attaque de panique. Cependant, la crainte d'en refaire une autre est généralement beaucoup moins grande chez elle que chez une personne souffrant d'un TP seul.

Le TAG est aussi fréquemment associé à la phobie sociale et à la phobie simple. Ce sont d'ailleurs les deux troubles anxieux qui coexistent le plus régulièrement avec cette problématique (Edelman, 1992; Lalonde & coll. 1999). Dans le premier cas, les inquiétudes de la personne atteinte concernent une peur excessive ou irrationnelle de se retrouver en société ou d'agir en public. Contrairement au TAG les gens souffrants de phobie sociale n'ont pas plus d'inquiétudes que la majorité des gens dans les autres sphères de leur vie. Il est alors important de savoir si la peur du sujet se résume au fait d'être gêné en public ou si ses inquiétudes débordent de cette sphère.

La phobie simple, quant à elle, se manifeste par une peur excessive ou irraisonnée à l'égard d'un objet ou d'une situation, qui amène généralement le sujet à éviter l'objet ou la situation en question. L'objet de la crainte au sein de la phobie spécifique est très précis. Il est toutefois défini comme absent ou diffus dans le TAG.

Dans certains cas, il peut également devenir difficile de distinguer le TAG d'un TOC chez un patient. Le TOC se manifeste par la présence d'obsessions (idées ou images qui s'imposent à la conscience de manière répétitive et qui suscitent de l'anxiété), accompagnées ou non de compulsions (comportements répétitifs que fait le sujet dans le but de réduire la tension intérieure provoquée par l'obsession). En effet, les inquiétudes présentes dans le TAG peuvent être confondues aux obsessions qui caractérisent le TOC. De plus, 15% à 20% des patients souffrant d'un TOC ne rapportent aucune compulsion manifeste (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Ceci vient complexifier davantage le diagnostic.

Certains aspects peuvent cependant venir aider à différencier ces deux troubles (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Tout d'abord, l'obsession renvoie généralement à une image mentale tandis que l'inquiétude correspond fréquemment à un monologue interne. De plus, l'obsession serait plus égodystone que l'inquiétude. Les obsessions auraient également une dimension plus figée et statique que l'inquiétude qui se rapporterait plutôt à une sorte de scénario sans fin. Le dernier point aidant à la différenciation porte sur les croyances du sujet. Les patients atteints d'un TOC croient généralement que leurs pensées vont finir par provoquer l'événement qu'ils redoutent tandis que les patients souffrant d'un TAG ont davantage tendance à croire que leurs pensées les protègent des événements négatifs.

Le dernier trouble anxieux à être comparé avec le TAG dans cette section est l'ESPT. Les personnes atteintes de ce trouble ont vécu un événement traumatisant ayant provoqué chez elles une peur intense et un sentiment de désespoir ou d'horreur. L'anxiété peut se manifester de trois façons au sein de ce trouble. Premièrement, elle peut se manifester par la reviviscence de l'événement (cauchemars, « flashbacks »). Deuxièmement, elle peut apparaître à travers une conduite d'évitement et d'émoussement des émotions et finalement, éclore par des symptômes de vigilance accrue. À l'opposé du TAG, l'ESPT fait référence à un événement passé. Les inquiétudes présentes dans le TAG sont plutôt générées par la crainte d'une menace future. Il est toutefois rare que ces deux troubles soient confondus au niveau du diagnostic.

Il n'est pas inaccoutumé de retrouver une comorbidité entre le TAG et les autres troubles anxieux. Cette concomitance peut certes s'expliquer par la vulnérabilité à l'anxiété que possède un individu. En effet, une équipe de chercheurs composée de Sanderson, Di Nardo, Rapee et Barlow ont observé, au terme d'une étude réalisée en 1990, que 70% des sujets atteints d'un trouble anxieux répondait aussi aux critères d'un autre trouble de l'axe I qui, dans la majorité des cas, était un autre trouble anxieux. Dans le cas du TAG, la proportion de sujets qui satisfaisaient aux critères d'au moins un autre trouble s'élevait à 81%. D'autres troubles sont aussi fréquemment associés au TAG. La partie qui suit s'intéresse principalement à ces problématiques.

Présence d'autres pathologies associées au TAG

La présence d'une autre pathologie associée au TAG n'est pas rare et accentue généralement la gravité de l'atteinte. De plus, la comorbidité augmente le taux de rechute après une amélioration de l'état du client (Brown, Antony & Barlow, 1995). Ces pathologies qui accompagnent régulièrement le TAG sont la dépression ou les troubles dysthymiques, les abus de substance et les troubles de personnalité (Albert & Chneiweiss, 1992 ; Radat, 1998 ; Davey & Talis, 1994 ; Antony & Swinson, 1996).

En général, la comorbidité est définie comme le fait de souffrir de deux troubles différents de façon simultanée ou à des moments différents sans préjuger de la relation pouvant exister entre les deux. Cependant, la relation entre l'anxiété et la dépression semble très étroite (Durand & Barlow, 2002). En effet, il est très fréquent de voir un TAG se cacher derrière une dépression. Comme la présence de l'anxiété mobilise énormément d'énergie chez une personne, celle-ci risque à un moment ou à un autre de se retrouver complètement épuisée et ainsi sombrer dans la dépression. Une longue période d'anxiété mène alors fréquemment les individus à ressentir des affects négatifs et pénibles.

Dans l'ouvrage d'Albert et Chneiweiss, ces auteurs vont jusqu'à affirmer qu'il est assez rare d'observer une anxiété généralisée entièrement « pure » sans aucun

symptôme dépressif. Les résultats d'une étude menée par Lépine, Lellouch et Lovell (1989) démontrent également que la moitié des sujets ayant un TAG ont eu ou auront un épisode dépressif au cours de leur vie. Les gens souffrant d'un TAG ne sont pas seulement inquiets, ils sont aussi régulièrement confus, déprimés et démoralisés (Davey & Tallis, 1994). De plus, on retrouve chez les sujets atteints d'un TAG aussi bien que chez les patients dépressifs cette impression de ne pas avoir de contrôle ou de pouvoir sur les événements de la vie (Warren & Zgourides, 1991). La relation qui existe entre ces problématiques peut donner un défi important aux professionnels de la santé au moment de poser un diagnostic et de recommander un traitement. La vigilance est donc doublement de mise dans ce type de situation.

Il existe également une présence importante de comorbidité entre le TAG et l'abus de substances. En effet, l'alcool et les tranquillisants sont souvent des substances surconsommées chez les patients souffrant d'un TAG. Dans un premier temps, l'alcool peut être ingéré par l'individu anxieux dans un but anxiolytique où celui-ci consomme en ayant pour seul objectif de se détendre un peu et d'arriver à mieux dormir. Cependant, avec le temps, la dose consommée doit continuellement être augmentée pour en arriver à provoquer le même effet. C'est généralement ce phénomène d'accoutumance qui mène à l'installation d'un cercle vicieux et à la dépendance. De plus, les situations de sevrage et l'intoxication chronique sont en elles-mêmes, d'excellentes pourvoyeuses d'anxiété. Les gens qui interviennent auprès des alcooliques

et des toxicomanes doivent tenir compte de ce facteur, car dans certains cas, l'anxiété est à la base de la dépendance aux substances (Knapp & Vandecreek, 1989) et la reconnaissance de cette réalité peut devenir la clé d'un traitement approprié.

Les troubles associés qui assombrissent le plus le pronostic du TAG sont les troubles de personnalité. Étant donné que ces troubles coexistent avec le TAG dans 30% à 60% des cas, il est important d'en tenir compte au moment de l'évaluation initiale et de l'attribution du diagnostic (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Le trouble de la personnalité dépendante serait le plus fréquemment associé au TAG.

Chapitre III

Facteurs influençant le développement du trouble

Les facteurs physiologiques influençant le développement du TAG

Depuis la reconnaissance officielle du TAG en 1980, certaines recherches ont été menées dans le but de cerner quelques causes possibles au développement de ce trouble. Ces recherches ont, entre autres, démontré que les gens souffrant d'anxiété chronique possèdent une importante intolérance à l'incertitude et ont une capacité à remarquer le danger plus rapidement que la moyenne des gens. Leur attention est axée principalement sur les risques de menaces potentielles et ce processus se fait inconsciemment, comme un automatisme qui serait présent chez eux (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). De plus, ce qui les distingue principalement des autres, c'est qu'elles sont chroniquement tendues et que cette tension s'exprime dans tous les muscles de leur corps.

Qu'est-ce qui explique le fait que certaines personnes soient plus attentives et plus sensibles que d'autres à la possibilité de « danger » à venir?

Les tenants de l'approche biologique tentent de démontrer que cette vigilance excessive n'est que la manifestation cognitive d'un phénomène essentiellement biologique (Antony & Swinson, 1996). La première explication à cet effet semble se

trouver au niveau héréditaire. En effet, l'anxiété chronique a une composante génétique établie, car une personne possédant des antécédents familiaux d'anxiété y est davantage vulnérable. Environ 25% des parents au premier degré des personnes souffrant d'un TAG en sont également atteints. De plus, des études menées sur des jumeaux monozygotes séparés à la naissance viennent corroborer ce fait (Durand & Barlow, 2002).

En effet, une certaine vulnérabilité au niveau physiologique venant de la génétique prédispose certains individus à être davantage anxieux et vigilants. Le trop grand niveau de vigilance provoqué par l'anxiété a été étudié à l'aide du test de Stroop (colour-naming test). Les résultats au test démontrent que les individus anxieux sont plus lents et donc moins performants au test. Ceci semble s'expliquer par le fait que l'hypervigilance des gens anxieux empêche ceux-ci d'ignorer certains stimuli de l'environnement. En effet, leur système inhibiteur neurologique paraît présenter certaines lacunes (Edelmann, 1992). De plus, c'est cette même vulnérabilité biologique qui mènerait des personnes à réagir plus fortement que la moyenne des gens au stress de la vie (Warren & Zgourides, 1991).

Les lacunes au niveau du système inhibiteur semblent provenir d'une faible transmission des circuits GABAergique. En effet, le GABA est l'un des plus importants neurotransmetteurs inhibiteurs présents dans le cerveau. Le taux de ce neurotransmetteur

se retrouve en trop faible quantité chez les gens anxieux. Certains résultats d'études démontrent que le système sérotoninergique est également mis en cause dans le TAG. La sérotonine serait, elle aussi, produite en trop faible quantité dans le cerveau des gens anxieux. Ces deux neurotransmetteurs seraient donc les plus impliqués dans le TAG et leurs agonistes seraient d'une grande efficacité dans le traitement pharmacologique du trouble.

Cette vulnérabilité biologique serait présente dès la naissance d'un individu, ce qui permettrait d'expliquer, du moins en partie, la survenue du trouble en bas âge. Bref, la tendance chez un individu à être nerveux ou tendu pourrait, à l'origine, être inscrite dans ses gènes. Des antécédents familiaux d'anxiété seraient alors un important facteur de risque.

Les facteurs psychosociaux influençant le développement du TAG

L'aspect biologique ne peut cependant expliquer à lui seul l'apparition du TAG chez certaines personnes et des éléments psychosociaux doivent également être considérés. Un des aspects non négligeables dans le développement du trouble est l'influence du milieu familial. En effet, l'apprentissage par observation qui est aussi nommé « modelage » joue un rôle important à jouer dans l'apparition du trouble. Lorsqu'un enfant grandit en présence de personnes inquiètes et anxieuses, il risque

d'imiter rapidement les mêmes comportements et de s'approprier les pensées anxiogènes qui émanent de son environnement. Par exemple, les conduites d'évitement chez les parents influenceraient l'enfant très tôt dans son développement (Radat, 1998).

De plus, il a été démontré qu'une personne possédant une bonne perception de contrôle sur sa vie et sur les événements serait beaucoup moins anxieuse qu'une autre qui croirait n'avoir aucun pouvoir sur son environnement. Le sens général de « l'incontrôlable » peut faire partie de l'apprentissage d'un enfant dès son plus jeune âge et ainsi, le rendre plus vulnérable à l'anxiété à l'âge adulte. L'éducation a certes un important rôle à jouer à cet égard.

Des études ont également démontré qu'un enfant rejeté ou maltraité dans son milieu de vie risque davantage de développer des symptômes d'anxiété. Des stressors importants ou chroniques et la présence de traumatismes durant l'enfance peuvent mener celui-ci à percevoir le monde dans lequel il grandit comme une véritable menace. Ce monde est également perçu comme étant tapissé d'événements imprévisibles et cette perception ne fait qu'augmenter le niveau d'angoisse. L'anxiété pendant l'enfance semble être un excellent facteur de prédiction du développement d'un TAG à l'âge adulte (Angst & Vollrath, 1991, cités dans Antony & Swinson, 1996). Celle-ci peut se manifester par des comportements d'évitement, un refus d'aller à l'école, des plaintes

somatiques, de l'agitation, des difficultés de concentration et une certaine labilité émotionnelle.

Paradoxalement, un enfant éduqué au sein d'une famille hyperprotectrice risque également de développer un TAG (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Les parents surprotecteurs ont souvent tendance à faire miroiter à leur enfant les dangers du monde extérieur. Ce miroitement peut se faire autant en signes non verbaux qu'en paroles. Certains parents, en tentant de protéger leurs enfants de tout danger, finissent par leur faire percevoir le monde comme une menace dont on doit constamment se méfier. Certains auteurs en viennent même à décrire ce phénomène comme une sorte de folie à deux (Sartorius et coll., 1990). De plus, la présence d'angoisse de séparation est fréquente chez des enfants surprotégés.

Un attachement insécurisé envers les parents ainsi que des pertes parentales précoces peuvent également créer chez un enfant un important niveau d'angoisse de séparation. La présence de ce type d'angoisse chez l'enfant ressemble au TAG chez l'adulte. Cette manifestation d'anxiété au cours de l'enfance peut aussi être un bon indice de prédiction de la survenue du trouble dans le futur (Knapp & VandeCreek, 1989).

Somme toute, les facteurs de risque qui sont généralement en lien avec le TAG sont des antécédents familiaux de trouble anxieux, des antécédents de violence ou de maltraitance dans l'enfance ainsi que certains comportements parentaux inadéquats (ex. tendance à la surprotection). D'autres facteurs peuvent certes venir influencer la survenue d'un TAG chez une personne. Il suffit de penser, par exemple, aux gens qui se retrouvent grandement diminués au niveau de leurs capacités physiques. Ceux-ci voient généralement leur niveau d'anxiété augmenter de manière significative.

Le développement du TAG peut difficilement être expliqué par une cause unique. Il s'explique plutôt par un amalgame de facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux dont il est important de tenir compte.

Chapitre IV

Comment diagnostiquer le TAG?

Évaluation diagnostique

Le TAG exige de la part des professionnels de la santé une bonne capacité d'adaptation. En effet, l'évolution des critères diagnostics au fil des années exige de ces derniers bon nombre d'ajustements en ce qui a trait à l'évaluation du trouble. Il n'en demeure pas moins qu'une même variable occupe toujours la place centrale dans le processus évaluatif. Cette variable est, bien sûr, l'inquiétude.

Généralement, deux niveaux de mesure sont utilisés lors de l'évaluation du TAG. Dans un premier temps, l'évaluation diagnostique, qui provient habituellement d'un rapport verbal fait par le patient ainsi que des observations du professionnel de la santé. Des indices physiologiques peuvent également être recueillies (ex. rythme cardiaque, tests sanguins). Dans un deuxième temps, il peut être pertinent de mesurer les symptômes présentés par le patient à l'aide de certains questionnaires.

Cette section de l'ouvrage sera donc divisée en deux parties. La première partie traitera de l'évaluation diagnostique et la seconde sera consacrée à la mesure des symptômes.

L'inquiétude demeure l'élément central lors de l'évaluation du trouble. Il est donc primordial pour l'évaluateur de faire une investigation efficace à ce niveau. L'anxiété dans le TAG devient envahissante pour la personne atteinte et semble incontrôlable. En comparaison aux autres troubles anxieux, l'anxiété présente dans le TAG fait fréquemment référence à des événements futurs et parfois même lointains. Les inquiétudes dans ce trouble prennent généralement la forme d'activités conceptuelles (ex. monologues internes, pensées verbales) plutôt que celle d'images mentales (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Ces inquiétudes diffuses jouent souvent un rôle de maintien du trouble et concernent plusieurs sphères de la vie de la personne atteinte.

Il peut parfois sembler difficile de distinguer l'anxiété normale et adaptative de celle dite pathologique. Une des façons les plus adéquates d'y voir clair est d'analyser avec précaution les conséquences de l'anxiété sur la qualité de vie de la personne anxieuse ainsi que sur les membres de sa famille. La fréquence des inquiétudes chez la personne, l'impact qu'elles ont sur sa santé physique et psychologique ainsi que les répercussions qu'elles ont sur son fonctionnement quotidien (ex. travail, relations interpersonnelles) sont des facteurs dont il est important de tenir compte lors de l'évaluation du trouble (Davey & Tallis, 1994). Le niveau de détresse et de souffrance est un bon indice de la présence ou de l'absence du trouble chez une personne. L'impression d'impuissance et de perte de contrôle qu'un individu ressent face aux

anticipations anxieuses représente également un critère d'évaluation majeur. L'élément crucial qui doit constamment être présent à l'esprit au moment de l'évaluation est que l'anxiété pathologique présente dans le TAG provoque toujours une altération plus ou moins grande dans le fonctionnement général de la personne atteinte.

Le premier symptôme mentionné dans le DSM-IV concerne la présence d'agitation ou la sensation d'être survolté. Ce symptôme peut être mentionné de façon spontanée par l'individu en entrevue ou ressortir à la suite de certaines questions. Toutefois, l'observation du comportement non verbal du patient peut fournir d'excellents indices à ce niveau. Le seul fait d'être agité lors de l'entretien clinique peut démontrer un signe d'anxiété. La présence de tremblements chez la personne, de sudation ou de rougeurs peut également être un bon indice d'anxiété. La présence de tics ou de manies telles l'onychophagie et la trichotillomanie risquent aussi d'être associée à un important niveau d'angoisse (Radat, 1998). D'autres éléments, par exemple, la façon qu'a l'individu de discourir (ex. parler rapidement, bégaiements) ne doivent pas être négligés lors de l'entrevue. Bref, en ce qui concerne ce symptôme, l'observation du comportement non verbal et paraverbal de la personne prend autant de valeur que le contenu de son discours.

Dans le même ordre d'idées, la fatigabilité peut également être rapportée par le client dans le récit de son expérience subjective. Une impression de manque d'énergie

est souvent soulevée par les patients souffrant d'anxiété chronique. Cependant, l'apparence physique peut en dire long à ce sujet. La posture de l'individu et les traits tirés de son visage peuvent être des manifestations criantes de la présence d'un TAG chez lui. Le manque de concentration et les trous de mémoire se traduisent aussi parfois en plaintes de la part des personnes aux prises avec le trouble, mais peuvent également être observés en cours d'évaluation. Il devient donc primordial de noter ces manifestations.

La présence de l'irritabilité chez la personne anxieuse provoque généralement des répercussions dans ses relations avec les membres de son entourage. Les conflits sont parfois nombreux et se manifestent aussi bien au travail que dans la sphère familiale. Il est alors essentiel pour l'évaluateur d'investiguer à ce niveau. De plus, l'irritabilité peut transparaître dans la relation entre le professionnel de la santé et le client au moment de l'évaluation. Ici encore, cette donnée devient incontournable.

Contrairement aux autres troubles anxieux, la tension musculaire est significative au TAG (Davey & Tallis, 1994). Cette tension peut être observable dans le maintien et la posture de la personne, mais peut également se traduire par des malaises physiques tels que des maux de tête et de dos chroniques. Une tension constante au niveau de la nuque peut, en effet, provoquer d'importantes céphalées. Il est toutefois essentiel de référer en médecine générale un patient souffrant de ces maux dans le but de s'assurer de la cause

exacte de ces manifestations physiologiques. Il en est de même pour tous les autres symptômes physiologiques présentés par le patient (ex. nausées, vertiges, tremblements) même si ceux-ci semblent, à première vue, s'apparenter à un TAG.

Les troubles du sommeil et le manque de repos constituent des facteurs associés essentiels au diagnostic d'un TAG (Godbout, 2004). Dans la grande majorité des cas, le patient rapporte des difficultés d'initiation et de maintien du sommeil. Il y aurait toutefois un délai normal dans l'apparition du sommeil paradoxal (Godbout, 2004). Les troubles du sommeil peuvent parfois servir à préciser s'il s'agit d'une dépression ou d'un TAG. En effet, dans la dépression, les difficultés du sommeil sont généralement reliées à des éveils à l'aurore avec difficulté d'endormissement par la suite. Les problèmes apparaissent donc à la fin de la période de sommeil contrairement au TAG où les problèmes surgissent généralement en début de nuit.

Tous les critères précédents doivent être vérifiés avec le patient lors de l'évaluation. La vigilance et la prudence sont essentielles au sein de la démarche diagnostique. Plusieurs avenues doivent être envisagées pour en arriver à un diagnostic juste et précis. Par exemple, il n'est pas rare de voir une dysfonction de la glande thyroïde provoquer des symptômes d'anxiété ou de dépression chez une personne. Cette glande a d'ailleurs été surnommée la « glande des émotions » (Albert & Chneiweiss,

1992). Il faut donc tenir compte de plusieurs sphères lors du processus évaluatif et ne rien laisser au hasard.

Il existe un outil qui permet d'évaluer l'ampleur, la fréquence et la gravité des inquiétudes présentes chez la personne à l'aide de critères somatiques en lien avec le trouble, des contenus des inquiétudes, du temps passé à s'inquiéter et de la détresse engendrée par l'inquiétude (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Cet instrument aide à produire une entrevue structurée et efficace. Il s'agit de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV, Brown, Di Nardo & Barlow, 1994). Subséquemment, la passation de certains questionnaires peut venir ajouter quelques éléments qui permettront un éclaircissement sur certaines sphères du problème.

Mesure des symptômes

À la suite d'une entrevue structurée ou non structurée, il peut être intéressant d'explorer les symptômes présents chez la personne, et ce, à l'aide de questionnaires construits à cet effet. Les questionnaires ne sont toutefois pas les seuls outils qui peuvent mesurer les symptômes de l'anxiété chronique. En effet, certains tests d'évaluation des capacités intellectuelles donnent d'importantes informations à ce sujet. Le sous-test « mémoire des chiffres » dans le E.I.H.M. (Épreuve individuelle d'habileté mentale) élaboré par Jean-Marc Chevrier en 1989 en est un bon exemple. Certains tests

psychométriques qui ont pour objectif de cerner la personnalité d'un individu, tel le MMPI (Inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota, 1961), peuvent également être très efficaces pour détecter la présence d'anxiété chez lui.

Il existe cependant de nombreux questionnaires concernant l'anxiété. L'un des premiers à voir le jour fut le *Hamilton Anxiety Scale* en 1959. L'échelle d'anxiété I.P.A.T. construit par R.B. Cattell en 1957 et traduit en français par Cormier en 1962 fut également l'un des premiers instruments à être utilisé dans le diagnostic des troubles anxieux. Plusieurs ont suivi par la suite. Cependant, tous n'ont pas été traduits en langue française. Au Québec, le *Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété* (QIA, de Dugas, Freeston, Lachance, Provencher & Ladouceur, 1995 cités dans Ladouceur et coll. 1999) est généralement utilisé dans l'évaluation du TAG. Celui-ci contient six items portant sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (QIPS, de Meyer, Miller, Metzger & Borkovec. 1990) est également efficace pour différencier les gens atteints d'un TAG de ceux souffrant d'un autre trouble anxieux. L'*inventaire d'anxiété de Beck* (BAI, de Beck, Epstein, Brown, Streer, 1888), bien que correspondant aux symptômes principaux du DSM-III-R, peut être efficace pour distinguer la dépression du TAG.

L'anxiété est certes l'élément central du TAG. Cependant, l'intolérance à l'incertitude prend également une place cruciale au sein de ce trouble. En effet, des

résultats d'études à ce sujet ont démontré que les individus souffrant d'un TAG préféreraient être placés devant une situation négative claire plutôt que de se retrouver dans une situation incertaine même si celle-ci risquait de bien tourner (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Ceci illustre à quel point l'ambiguïté est une source d'inconfort psychologique chez les personnes souffrant d'anxiété chronique.

Un questionnaire concernant cet aspect a donc été bâti et s'intéresse aux réactions comportementales, cognitives et émotionnelles de l'individu devant des situations ambiguës, ainsi qu'aux tentatives que celui-ci prend dans le but d'exercer un contrôle sur les événements futurs (Ladouceur, Marchand & Boisvert). Cet instrument se nomme le *Questionnaire d'intolérance à l'incertitude* (Freeston & coll., 1994). Il permet de diagnostiquer le TAG en se basant sur les critères diagnostiques du trouble, mais permet également de le différencier d'autres troubles anxieux.

Bien que non obligatoire dans le processus d'évaluation, l'utilisation d'instruments psychométriques peut devenir une avenue intéressante et efficace lors du diagnostic.

Chapitre V

Pistes d'interventions

Traitement pharmacologique du TAG

Tout d'abord, il est impossible de parler du processus de traitement du TAG sans porter une attention particulière à la pharmacothérapie qui joue généralement un rôle très important en début de processus. En effet, celle-ci permet habituellement un moment de répit à l'individu souffrant d'anxiété chronique ce qui peut avoir pour conséquence de maximiser les effets d'un traitement conjoint telle une psychothérapie.

Le fait de traiter l'anxiété à l'aide de certaines substances ou certains médicaments n'est pas un phénomène récent. En effet, avant même l'arrivée du XXe siècle, des doses d'éthanol étaient déjà administrées aux patients anxieux. Cette substance fut donc le premier agent pharmacologique à être administrée dans le but de faire diminuer l'anxiété (Sartorius & coll., 1990). Plus tard, au cours des années 1900 à 1950, les barbituriques deviennent les agents médicamenteux les plus populaires en ce qui a trait au traitement de l'anxiété. Les effets secondaires reliés à cette famille de médicaments sont toutefois nombreux et importants. C'est uniquement au début des années 50 que les benzodiazépines font leur apparition sur les marchés pharmaceutiques. Ces médicaments sont encore grandement utilisés aujourd'hui pour réduire les

symptômes reliés au TAG et représenteraient actuellement le traitement pharmacologique le plus efficace (Antony & Swinson, 1996). Le Buspirone (Buspar®), qui a été commercialisé dans les années 70, est aussi fréquemment utilisé dans le traitement du TAG. Il ne serait d'ailleurs efficace que pour ce trouble.

En effet, les médicaments qui sont les plus couramment prescrits pour traiter le TAG sont les benzodiazépines et le Buspirone (Buspar®). Les benzodiazépines les plus populaires dans le traitement du TAG sont l'Alprazolam (Xanax®), le Clonazépan (Rivotril®), le Diazépan (Valium®) et le Lorazépan (Ativan®). Ceux-ci agissent principalement sur les récepteurs GABAergiques. Les benzodiazépines ont prouvé leur efficacité, surtout lorsque les plaintes du patient se situent au niveau physiologique, en diminuant la vigilance et les symptômes somatiques tels que les tensions musculaires (Gliatto, 2000 cité dans Durand & Barlow, 2002). Le Buspirone (Buspar®), de son côté, est généralement prescrit lorsque les symptômes psychiques et cognitifs prédominent chez la personne. Un antihistaminique tel que l'Hydroxizine (Atarax®) est également efficace dans la réduction des symptômes de l'anxiété, mais il produit beaucoup d'effets secondaires en prise chronique (ex. somnolence).

Depuis un certain temps, la famille de médicaments dits « tricycliques » est également employée dans le traitement du TAG. Généralement, les tricycliques sont utilisés chez les patients dépressifs. Toutefois, l'augmentation de sérotonine qu'ils

produisent dans le système nerveux central provoque également une diminution des symptômes chez les gens souffrant d'un TAG. L'antidépresseur tricyclique le plus fréquemment prescrit dans le traitement de ce trouble est l'Imipramine (Tofranil®). Encore depuis plus récemment, une autre famille d'antidépresseurs (ISRS) a également fait ses preuves dans le traitement de l'anxiété chronique. En effet, des études démontrent que la Paroxétine (Paxil®) et la Venlafaxine (Effexor®) sont très efficaces pour réduire l'anxiété (Kehoe, 1999). De plus, ces deux dernières classes de médicament ont comme grand avantage, contrairement aux benzodiazépines et au Buspirore (Buspar®), de ne pas engendrer de dépendance.

Le phénomène de dépendance associé, entre autres, aux benzodiazépines ne devrait jamais être ignoré. Il faut, par exemple, éviter de prescrire ce type de médicament aux gens anxieux qui sont déjà aux prises avec un problème de dépendance soit à l'alcool ou aux drogues, car ceci a pour effet d'augmenter de manière drastique le risque que ceux-ci développent une dépendance au médicament (Knapp & Vandecreek, 1989 ; Radat, 1998).

Le phénomène de tolérance et de dépendance à une substance mène inévitablement à un symptôme de sevrage lorsque la substance dont il est question n'est plus consommée par la personne. Le sevrage aux benzodiazépines engendre des symptômes physiques tels que des tremblements, de la confusion, la présence de

convulsions, des nausées et des vomissements. Le syndrome de sevrage se manifeste également à travers des symptômes psychiques. En effet, il fait généralement réapparaître de l'anxiété, de l'irritabilité voire même de l'agressivité et de l'impulsivité. En période de sevrage, les individus ont souvent beaucoup de difficultés à trouver le sommeil et, lorsqu'ils parviennent à dormir, ils sont la plupart du temps harcelés par de nombreux cauchemars (Radat, 1998). L'unique façon d'éviter l'apparition des symptômes reliés au sevrage lors de l'arrêt de la médication est de diminuer de manière progressive la dose prescrite.

Le choix de la médication ne dépend pas uniquement de la présence d'une prédisposition chez une personne à la dépendance. D'autres facteurs viennent également influencer cette décision. Il est entre autres important de tenir compte, lors du choix d'un médicament, du niveau d'intensité de l'anxiété chez l'individu, de sa situation socioprofessionnelle (ex. étudiant, travailleur), de ses caractéristiques personnelles (ex. âge, sexe) et du contexte pathologique (ex. durée d'évolution, comorbidité). Il devient alors essentiel de bien connaître les bienfaits du médicament et ses effets secondaires les plus fréquents pour en arriver à un choix approprié et efficace.

Comme l'anxiété chronique tend généralement à se prolonger sur une longue période, il est possible que le traitement non pharmacologique, qui demeure la toile de fond thérapeutique, se prolonge de manière importante. Il devient donc essentiel de

tenter régulièrement l'arrêt de la prise de médication en cours de traitement ou, du moins, la diminution progressive de cette même médication. Bien qu'il soit insensé de prolonger indéfiniment une pharmacothérapie, il demeure toutefois crucial de prescrire à nouveau la médication adaptée lorsqu'un individu souffrant d'un TAG mentionne avoir l'impression de revivre une crise et d'être submergé par l'anxiété (Durand & Barlow, 2002).

À long terme, la pharmacothérapie ne peut à elle seule venir à bout d'un TAG chez une personne. C'est la raison pour laquelle différents traitements touchant le psychisme de l'individu deviennent essentiels au sein du processus de guérison de la personne. Diverses approches en psychologie se sont penchées sur le traitement du TAG. La prochaine partie de l'ouvrage sera donc axée sur les multiples façons de percevoir le traitement de ce trouble à travers différentes approches en psychologie.

Traitements psychologiques

You cannot prevent the birds of worry and care from flying over your head. But you can stop them from building a nest in your head.

Proverbe chinois

Approche comportementale et cognitive du TAG

L'approche cognitive comportementale est souvent privilégiée au détriment d'autres approches au sein de nombreux ouvrages s'intéressant au traitement du TAG. Ceci peut certes s'expliquer par le fait que la majorité des études entreprises sur le traitement de ce trouble sont basées sur cette approche (Antony & Swinson, 1996). Plusieurs auteurs affirment que ce type de traitement est le plus approprié et le plus durable en ce qui a trait au TAG (Antony & Swinson, 1996). Toutefois, le peu de renseignements qui ont été dévoilés concernant l'efficacité des autres approches fait en sorte qu'il est difficile et presque impossible de prendre position sur ce point. Il n'en demeure pas moins que cette approche demeure la plus populaire lorsqu'il est question de traitement du TAG.

L'approche comportementale et l'approche cognitive sont généralement associées dans le vocabulaire courant. Bien qu'elles se complètent de façon magnifique dans la pratique, chacune d'elle s'intéresse à un aspect propre de l'être humain. Les comportementalistes, dans le traitement du TAG, vont s'intéresser aux comportements que la personne adopte face à son anxiété et vont tenter, en modifiant ces comportements, d'amener la personne à diminuer son niveau d'angoisse. Les cognitivistes, quant à eux, vont également agir dans le même sens, mais en se penchant sur les pensées qui habitent la personne anxieuse (Warren & Zgourides, 1991). Comme

les pensées et les comportements sont intimement liés dans la réalité, il est normal que ces deux approches le soient aussi.

L'apprentissage des méthodes de relaxation est le traitement provenant de l'approche comportementale qui est le plus fréquemment suggéré dans le traitement du TAG. Le fait d'enseigner à un individu anxieux à se détendre et à respirer de manière adéquate lui permet de diminuer de façon importante les symptômes somatiques liés à l'anxiété. La maîtrise de ces techniques peut également lui redonner un certain contrôle sur ses excès d'anxiété et ainsi lui permettre une plus grande autonomie. De plus, la relaxation semble avoir un effet bénéfique sur la capacité de concentration (Néron, 1993).

La technique de relaxation la plus recommandée dans le traitement du TAG serait celle de Jacobson (Albert & Chneiweiss, 1992). Cette méthode, en étant active, laisse moins de place à l'intrusion des pensées anxiogènes et permet ainsi d'éviter l'augmentation de l'angoisse chez la personne. Certaines techniques de bio feed-back, semblent également apporter des résultats considérables dans la réduction de l'anxiété (Warren & Zgourides, 1991). Toutefois, ces techniques sont généralement difficiles à maîtriser et demandent un important investissement de temps et d'argent.

Davey et Tallis (1994) proposent, dans leur ouvrage, un exercice ayant pour but de diminuer le niveau d'anxiété en exerçant un contrôle sur les pensées anxiogènes. Cet exercice est basé sur une technique de prescription de symptôme et consiste à demander au patient de se préserver une période précise au courant de la journée pour être anxieux (environ une heure). Lorsque des pensées anxieuses surviennent en d'autre temps, celles-ci doivent être arrêtées par une phrase tel que « ce n'est pas le temps ». La personne anxieuse met donc sa pensée en veilleuse sans toutefois l'ignorer ou tenter de l'enrayer. La pensée doit ensuite être déposée par la personne dans une petite boîte qu'elle aurait au préalable visualisée ou imaginée. Cette « boîte » ne serait ouverte que pendant la période de la journée choisie pour ressentir de l'anxiété. Durant cette période, les inquiétudes doivent être prises une à une et notées dans un cahier. Plus tard dans le processus, les patients sont invités à trouver des solutions à leurs inquiétudes. L'énergie de l'individu anxieux est donc dirigée vers la résolution de problèmes plutôt que dans la rumination. Des résultats d'études ont démontré que cette technique pratiquée sur une importante période de temps donne des effets très positifs. Les gens angoissés auraient de moins en moins besoin de temps pour être anxieux et en arriveraient à très bien contrôler leurs anticipations anxieuses. Ils ressentiraient également moins de confusion provoquée par l'envahissement des inquiétudes. Cependant, cet exercice semble difficile à maîtriser par des gens souffrant d'un très haut niveau d'anxiété.

Selon Beck (cité dans Burns, 1996), les gens anxieux possèdent une manière biaisée et négative de penser. Cette façon de penser les pousse à adopter des comportements défaitistes. Un certain effort de leur part leur permettrait, selon lui, de redresser leur mode de pensée irrationnelle. Plusieurs traitements du TAG vont en ce sens.

En effet, les gens anxieux ont tendance à estimer de manière exagérée la probabilité qu'un événement négatif survienne. Chez eux, tous les dangers possibles sont maximisés et tous les signaux de sécurité semblent minimisés. Ils sont portés à tirer des conclusions générales à partir d'expériences, personnelles ou non, uniques. Ils perçoivent également les événements négatifs plus gravement qu'ils ne le sont en réalité et accordent plus d'importance que la majorité des gens aux informations ayant pour conséquence d'alimenter l'anxiété (Warren & Zgourides, 1991; Anthony & Swinson, 1996; Albert & Chneiweiss, 1992).

Les traitements découlant d'une approche cognitive suggèrent généralement un travail de restructuration cognitive avec les gens souffrant d'un TAG (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). La personne doit, dans un premier temps, prendre conscience de la présence de pensées irrationnelles chez elle ou encore de la présence d'un schéma de pensée inadéquat pour ensuite être en mesure de les modifier.

Un traitement basé sur une approche cognitive et comportementale du TAG, décrit dans Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999), a été élaboré à l'Université Laval. Selon ces auteurs, il y aurait quatre grandes composantes à ne pas négliger lors du traitement de ce trouble. En premier lieu, un travail d'exploration doit être fait au niveau des inquiétudes. Le patient doit prendre conscience de la source de ses inquiétudes et ainsi être en mesure de déterminer si ses préoccupations sont en lien avec un problème réel ou si elles sont plutôt rattachées à de l'appréhension concernant des problèmes futurs. Le but, en début de processus, n'est pas d'éliminer les inquiétudes, mais plutôt de conscientiser la personne aux types d'inquiétudes qui l'habitent.

La deuxième composante fait référence à l'intolérance que l'individu anxieux ressent généralement face à l'incertitude. Il est impératif, pour qu'un individu puisse en arriver à faire baisser son niveau d'anxiété, que celui-ci réalise qu'il est impossible pour l'être humain de contourner ou d'éliminer le facteur « incertitude ». Il est donc important que la personne anxieuse se pose la question suivante : « Si j'étais tolérant à l'incertitude, quel serait mon comportement dans cette situation? » La réponse à cette question peut mener l'individu anxieux à repousser ses propres limites, à tenter de nouvelles expériences et ainsi à augmenter son niveau de tolérance à l'incertitude.

Le troisième point dont il est important de tenir compte dans le traitement du TAG fait référence aux croyances erronées qu'un individu possède au sujet de ses

inquiétudes. Le but du travail est donc d'identifier et de corriger ces croyances qui sont généralement un important facteur de maintien du TAG. En effet, certaines personnes qui souffrent d'anxiété chronique croient que la façon qu'elles ont de percevoir le monde les aide à trouver de bonnes solutions à leurs problèmes. Elles croient parfois également que leurs inquiétudes les protègent contre des sentiments négatifs. En effet, elles imaginent que le seul fait d'avoir déjà pensé à la survenue possible de ces sentiments est un facteur de protection efficace contre les émotions négatives.

Certains individus anxieux peuvent aussi croire que le fait d'être inquiet à propos d'un événement risque d'avoir un effet magique sur le déroulement réel de l'événement. Cette croyance entretient l'illusion de pouvoir modifier le cours de la réalité. En conséquence, ne pas s'inquiéter rend la personne vulnérable à des sentiments de culpabilité et alimente une mauvaise image de soi. Il n'est donc pas étonnant que ce type de croyance soit également un important facteur de maintien du trouble.

La dernière composante mentionnée par Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999) dans le traitement du TAG est la perception inefficace qu'a généralement la personne anxieuse des problèmes auxquels elle doit faire face ainsi que la tendance qu'elle a à minimiser ses ressources personnelles. Comme elle aurait tendance à voir l'arrivée d'un problème davantage comme étant une menace et non comme un défi, ses réactions seraient plutôt inadéquates. Elle prendrait plus de temps à s'apitoyer sur son sort qu'à

mettre en œuvre des moyens dans le but de trouver des solutions efficaces. Le travail qui doit être fait avec la personne anxieuse est donc de lui faire prendre conscience de son attitude négative pour qu'elle puisse ensuite en arriver à modifier son comportement. Il est également important qu'elle puisse reconnaître ses véritables ressources personnelles.

Plusieurs autres auteurs soulèvent également l'importante difficulté qu'ont les individus anxieux à résoudre des problèmes. Edelman (1992) explique le phénomène par le fait que ceux-ci veulent absolument être certains d'avoir la bonne réponse avant d'agir. Ceci a pour conséquence d'augmenter le délai de leur réponse. Cette explication vient également appuyer la thèse apportée par Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999) concernant l'intolérance à l'incertitude.

Les traitements d'approche cognitive-comportementale s'intéressent à la réduction des distorsions cognitives et des fausses croyances qui sont généralement à la base de l'anxiété chronique et qui génèrent un important niveau de souffrance. Ces traitements tentent de remettre à l'individu anxieux une certaine autonomie qui doit préalablement passer par la perception de contrôle sur les pensées, les émotions, les inquiétudes et les comportements. Une thérapie cognitive-comportementale combinée à une pharmacologie adéquate est une arme très efficace pour traiter un TAG. Selon les chercheurs Power, Simpson, Swanson et Wallace (1990), elle serait la meilleure

actuellement. Toutefois, il importe de favoriser l'attribution du progrès au cheminement et aux efforts du patient plutôt qu'à la médication qui doit généralement être éliminée aussi vite que possible.

Approche humaniste du TAG

Dans une approche humaniste, Larivey (1997) présente l'anxiété chronique comme étant un signal d'alarme constant qui indique à une personne que quelque chose d'important la tracasse. Ainsi, l'anxiété n'est pas le véritable problème de l'individu, mais plutôt une réaction qui occulte un problème plus important qui concerne un aspect de sa vie.

Selon Larivey, l'anxiété est une forme de peur. Une personne anxieuse a peur de faire face au problème que sous-tend son anxiété et, en même temps, elle a l'impression de se mettre en danger si elle néglige de s'en occuper. L'individu est donc pris dans un dilemme qui alimente son anxiété. D'un côté, il y a le désir de fuir ses préoccupations et, de l'autre côté, il y a une force de vie en lui qu'Abraham Maslow appelle la « tendance actualisante » qui l'entraîne à rechercher un mieux être.

Dans cette approche, l'intervention psychothérapeutique n'a pas comme objectif premier d'éliminer l'anxiété puisque celle-ci, contrairement aux émotions, n'est pas

véritablement porteuse d'informations. Elle ne fait que camoufler un problème plus profond et plus ou moins conscient. Le rôle de l'intervenant est plutôt d'aider l'individu à identifier le véritable problème et de l'assister dans la recherche des solutions qui conviennent le mieux aux problèmes qui alimentent son anxiété.

Pour arriver à découvrir et à affronter le problème qui se cache derrière l'anxiété, Larivey (1997) propose la démarche suivante. Dans un premier temps, l'individu anxieux doit prendre conscience que quelque chose le tracasse. Il doit ensuite démontrer une certaine ouverture d'esprit devant les nombreuses possibilités pouvant être à l'origine de son malaise et se questionner sur ce qu'il tente d'éviter et sur ce qu'il essaie de ne pas voir. L'individu est tenu de prendre la réponse à cette question telle qu'elle, sans tenter de vouloir la modifier pour ensuite prendre soin de cerner ce qui précisément l'angoisse dans le sujet évité. Il se doit également de reconnaître que ce qu'il repousse de sa conscience peut représenter le centre du problème. En terminant, celui-ci doit s'attaquer et examiner la question dans le but d'y trouver la solution qu'il juge la plus adéquate pour lui.

Cette démarche thérapeutique permet au patient d'identifier son vrai problème et d'y faire face plutôt que de tenter de le fuir. L'intervenant doit accompagner le patient dans sa démarche sans être directif. L'approche humaniste est une approche centrée sur le client qui perçoit celui-ci comme étant en mesure de cerner par lui-même les solutions

à ses problèmes pour en arriver à un mieux-vivre. Chaque être humain posséderait en lui des outils pour pallier à ses problèmes. L'exploration des émotions et des valeurs de la personne est en avant-plan dans cette approche.

Approche psychanalytique du TAG

Ce n'est pas la présence ou l'absence d'angoisse, sa qualité ou même sa quantité qui permet de prédire l'équilibre psychique ultérieur, ou la maladie. Ce qui est significatif à cet égard, c'est seulement la capacité du moi de maîtriser l'angoisse.

Anna Freud.

La théorie psychanalytique de l'angoisse a été modelée par les avancées et les retournements des différents constats freudiens au fil de temps. L'angoisse fut un sujet abordé par Freud à de multiples reprises. Dans un premier temps, celui-ci décrit « l'angoisse névrotique » comme étant une forme d'énergie libidinale qui ne peut se fixer ou accéder à la voie d'une certaine élaboration psychique donc qui ne peut être transformée en affects. Cette énergie sexuelle demeurant au sein de la sphère physique s'y exprimerait de façon archaïque. Quelques années plus tard, Freud révisé certaines de ses conceptions de l'angoisse et de cet exercice émerge l'avènement de la théorie symbolique. Dans cette théorie, l'angoisse a pour fonction d'informer le moi d'un danger (Angelergues et coll., 1997).

Selon la théorie analytique, la personne anxieuse de manière chronique ignore la raison de son angoisse. Généralement, la cause de l'angoisse n'apparaît ni dans l'expérience, ni dans la mémoire, ni dans la conscience de cette même personne. L'anxiété se transforme donc en une forme d'énigme, car les rapports entre celle-ci et les dangers menaçants sont souvent inexistants (Le Gall, 1992).

La thérapie analytique a donc comme but principal d'amener à la conscience de l'individu anxieux la cause de son malaise psychique et de lui faire vivre les émotions qui y sont rattachées. Ceci peut se faire aussi bien par l'exercice des associations libres que par l'analyse des rêves. La façon de percevoir l'anxiété dans l'approche psychanalytique inspire beaucoup la perception des humanistes. Toutefois, la démarche pour en arriver à bien cerner sa cause diffère un peu. Les traitements provenant de l'approche analytique sont généralement de plus longue haleine que ceux issus de l'approche cognitive. Ici encore, le manque de recherches effectuées concernant l'efficacité de cette approche dans le traitement du TAG permet difficilement de prendre position à ce sujet.

Approche systémique du TAG

La principale toile de fond de l'approche systémique est l'interdépendance entre les personnes constituant l'environnement interpersonnel du patient. Le trouble d'une

personne devient le symptôme d'un milieu malade. En effet, selon cette approche, la personne souffrant d'une problématique tel un TAG est inévitablement influencée par les gens qui l'entourent. Ainsi, l'utilisation de ce qui est sain dans son entourage peut être bénéfique dans le rétablissement de son état mental lors du processus de traitement (Côté et coll., 1999).

La communication et l'échange d'informations entre les membres d'un même système, peu importe qu'il s'agisse d'une famille, d'un groupe d'amis ou d'un groupe de travail, deviennent alors essentiels au bon fonctionnement de ce système. L'échange est donc fortement encouragé en thérapie et souvent, plusieurs personnes sont présentes lors des entretiens thérapeutiques (Minary, 1992). Il devient donc impossible, au sein de cette approche, de percevoir le problème présent chez un individu sans tenir compte de son contexte d'apparition et des interactions qui l'entourent.

Lors d'une thérapie systémique, il devient plus important pour le thérapeute de connaître et de comprendre la vision subjective qu'a le patient de son environnement social que de connaître les faits extérieurs. En effet, le contact avec celui-ci s'établit à partir de la construction personnelle qu'il se fait de son environnement et cette construction de la réalité se bâtit généralement par le biais des interactions sociales.

Selon l'équipe de Palo Alto, les problèmes qui surgissent chez une personne ont pour fonction de régler une difficulté du système. La personne atteinte d'un trouble devient, en quelque sorte, le « symptôme » du système humain. La rigidité de fonctionnement du système peut provoquer la survenue d'un symptôme. Cette rigidité rend les changements difficiles et amène des tensions (Côté et coll, 1999).

En effet, le but de ce type de traitement est d'abord de provoquer un changement dans le système qui génère une crise pour ensuite rendre une certaine homéostasie à ce même système.

Paul Watzlawick (cité dans Côté et coll.,1999) a écrit plusieurs ouvrages concernant le modèle systémique. Selon ses dires, l'utilisation du paradoxe est un outil efficace dans la provocation d'un changement. Par exemple, le fait de demander aux membres du système d'amplifier certains comportements inadéquats pousse ceux-ci à prendre conscience de l'absurdité de certains de leurs agissements. Cette prise de conscience amènerait à un changement éventuel.

Selon « l'approche centrée sur les solutions de Berg » (1996), le changement s'amorce par un exercice du client qui l'amène à découvrir ses propres objectifs de changement qu'il sait accessibles à ses capacités actuelles. Dans cette approche, le client

détermine les buts qu'il veut atteindre et le thérapeute a pour tâche de l'encadrer et de le supporter dans son travail.

Plusieurs méthodes peuvent également être employées dans le traitement du TAG et des autres troubles au sein de l'approche systémique. D'abord l'utilisation du questionnement circulaire qui consiste à poser des questions au patient qui ont pour fonction d'élargir sa vision des choses. Ce questionnement se penche davantage sur les interactions ainsi que sur le contexte d'apparition du problème. Le recadrage est également une technique qui aide à générer des changements chez une personne et qui a pour but de modifier l'angle sous lequel elle perçoit une situation.

La prescription de tâches dans un processus thérapeutique aide aussi à structurer certaines interactions dans le système et à les rendre plus fonctionnelles. En début de thérapie, les prescriptions de tâches doivent davantage être paradoxales, donc amplifiées, dans le but de provoquer une prise de conscience. Toutefois, en fin de processus, les tâches doivent contenir des comportements adéquats pour amener le système à un certain niveau d'homéostasie (Côté et coll, 1999).

L'approche systémique est probablement la plus négligée en ce qui a trait aux recherches concernant les traitements du TAG. Les études touchant cette approche sont

souvent associées à la schizophrénie. Cependant, il serait très intéressant d'approfondir le sujet de l'influence qu'ont les systèmes humains sur ce trouble.

Chacune des quatre approches dont il a été question dans les lignes précédentes possède une vision qui lui est propre de la pathologie et de l'anxiété. Ces différentes visions font naître différentes techniques de traitement. Chaque approche mérite une place et souvent la méthode de traitement la plus efficace est celle qui convient le mieux à la personne selon sa personnalité, ses attentes et ses expériences de vie passées. Le seul fait de pouvoir se confier à une personne de confiance au sujet de ses inquiétudes et de sa souffrance peut à lui seul faire diminuer de manière radicale la détresse ressentie chez la personne.

Demander de l'aide le plus rapidement possible à un professionnel de la santé demeure la méthode la plus efficace pour traiter l'anxiété chronique, car les symptômes ont tendance à fluctuer avec le temps. De plus, il est rare que ce trouble disparaisse de manière naturelle sans que la personne atteinte ait fait de démarche pour obtenir un certain soutien. Il est important d'informer les individus souffrant d'un TAG qu'il existe des façons de contrôler leur anxiété même lorsque celle-ci semble avoir pris le dessus.

Prévention des rechutes

Les résultats obtenus à la suite de divers traitements sont encourageants et même si les rechutes sont fréquentes dans ce trouble, les périodes de rémissions sont généralement longues (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Les personnes qui souffrent d'un TAG et qui terminent un processus thérapeutique devraient être préalablement averties de la possibilité de revivre des périodes de grande anxiété. L'essentiel est de faire voir à celles-ci cette possibilité sous un angle positif en démontrant que cela représente l'occasion rêvée de mettre à profit les apprentissages acquis auparavant lors du processus psychothérapeutique.

Il est également important de préciser aux patients anxieux qu'il est normal de vivre des périodes plus difficiles au cours d'une vie et qu'il est tout à fait possible que ceux-ci ressentent le besoin de consulter de nouveau. L'accent doit alors être mis sur l'aspect « normal » de cette éventualité pour ainsi diminuer les sentiments d'échec, de honte ou de culpabilité.

Certains petits conseils peuvent également être donnés aux patients dans le but de prévenir les rechutes. Ces conseils peuvent être appliqués quotidiennement et concernent majoritairement l'hygiène de vie. En premier lieu, il est capital pour la personne

anxieuse de bien reconnaître ses limites personnelles et d'être vigilante aux signes qui annoncent une hausse du niveau d'anxiété chez elle. Celle-ci peut alors réagir le plus rapidement et le plus adéquatement possible. Tisser des liens sociaux et affectifs solides est une bonne façon de communiquer et d'échanger au niveau de ce qui est ressenti et ainsi de faire baisser la tension.

Certaines règles de vie peuvent également aider à prévenir une intensification de l'anxiété. Par exemple, éviter la cigarette et les produits contenant de la caféine tels que le café, le coca-cola et le chocolat, car ceux-ci ont pour effet de stimuler l'organisme. Certains médicaments tels les amphétamines et les coupe-faim devraient également être utilisés avec prudence pour les mêmes raisons. La consommation d'alcool serait fortement déconseillée (Albert & Chneiweiss, 1992).

Dormir bien et suffisamment longtemps est également une façon efficace de contrer l'anxiété, car le manque de sommeil est toujours néfaste pour une personne anxieuse. Plusieurs recherches ont aussi démontré que le fait de pratiquer régulièrement de l'activité physique aide à la diminution de l'anxiété et des affects dépressifs. En terminant, se garder du temps pour faire des activités plaisantes et distrayantes permet à la personne anxieuse de se changer les idées et ainsi de relaxer. Le plaisir et le rire sont des antidotes très puissants à l'anxiété (Davey & Tallis, 1994 ; Radat, 1998).

Le contrôle de l'anxiété peut donc se faire non seulement à l'aide d'une médication adaptée et d'une psychothérapie, mais également en modifiant certaines habitudes de vie chez le patient.

Conclusion

En terminant, le but de cet essai était de faire état de la question du TAG en élaborant un ouvrage qui informerait et sensibiliserait les gens qui doivent intervenir, de part la nature de leur travail, avec ce type de problématique. Toutefois, bien qu'il s'adresse en premier lieu à des professionnels de la santé, cet essai se devait également d'être accessible aux individus qui sont touchés de manière plus personnelle par ce trouble. Pour y arriver, une lecture active de plusieurs documents concernant le TAG a été effectuée dans le but de faire ressortir certains points importants. Ceux-ci présentent ce qu'est le TAG, les symptômes qui lui sont associés, les causes possibles de son apparition chez un individu, certaines façons de le diagnostiquer et quelques pistes d'interventions.

Malgré ses lacunes et ses limites, cet ouvrage est peut-être l'un des premiers de cette ampleur à mettre l'accent uniquement sur le TAG sans faire d'élaboration au niveau des autres troubles anxieux existants. Ceci a certes pour effet de donner une image plus complète de ce trouble qui est trop souvent négligé de la part des chercheurs. Il peut donc être moins ardu, à la suite de la lecture de cet ouvrage, de reconnaître le TAG et d'intervenir de façon plus adéquate avec les personnes qui en souffrent.

Le TAG est un trouble pernicieux qui handicape sérieusement la vie des personnes qui en sont atteintes. Le fait de mener une vie en craignant constamment le pire et en tentant à chaque instant d'éviter une catastrophe peut rapidement devenir un véritable cauchemar. Le cauchemar que vivent les personnes souffrant du TAG n'altère pas seulement leur propre fonctionnement, mais a également d'importantes répercussions sur la vie de leurs proches ainsi qu'au niveau de la société en entier. Le TAG engendre des pertes de revenus, des limitations fonctionnelles, l'utilisation fréquente du réseau de la santé ainsi qu'une baisse générale de productivité. Trop souvent, l'aspect chronique du trouble empêche les gens qui en souffrent de demander de l'aide, car ceux-ci croient qu'il s'agit d'un aspect incontrôlable de leur personnalité.

Il est donc important d'être vigilant aux signes qui accompagnent généralement ce trouble pour en arriver à un diagnostic juste. La reconnaissance du trouble, autant de la part de la personne qui en est atteinte que de la part d'un professionnel de la santé, est souvent le premier pas vers un mieux-être.

Enfin, en ce qui concerne les traitements, l'état actuel de la recherche amène à privilégier l'approche cognitive-comportementale comme traitement de ce trouble. Néanmoins, le peu de recherches publiées à ce jour sur les traitements reposant sur les autres approches psychothérapeutiques limite considérablement les possibilités de comparaison de l'efficacité de diverses approches en regard du traitement du TAG. En

effet, il existe un important manque au niveau des recherches concernant l'évaluation des différents traitements pharmacologiques ainsi que des interventions psychologiques à la lumière de diagnostics fiables et à l'aide d'un vaste éventail de mesures. Toutefois, il est primordial de garder en mémoire que le TAG est un trouble qui se traite et qu'il existe plus d'une méthode de traitement possible.

Références

Albert, E., Chneiweiss. (1992). *L'anxiété au quotidien*. France : Odile Jacob

American Psychiatric Association. (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{ème} éd.). Washington, P.C. : APA

Angelergues, J., Bauduin, A., Bayle, G., Bonaparte, M., Chambrier, J., Le Guen, A., Moggio-Gerstle, F., Ody, M., Smadja, C., Souffir, V. (1997). *Angoisses : Pluralité d'approches*. France : Imprimerie des presses universitaires de France

Antony, M., Swinson, R.P. (1996). *Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves*. Ottawa : Santé Canada

Antony, M., Swinson, R.P. (1996). *Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement*. Ottawa : Santé Canada

Borkovec, T.D., Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder. A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28, 153-159.

Borkovec, T.D., Robinson, E., Prusinsky, T., DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21, 9-16.

Breitholtz, E., Johansson, B., & Öst, L-G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behaviour research and therapy*, 37(6), 533-544.

Brown, T.A., Antony, M.M., Barlow, D.H. (1995). Diagnosis comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 63, 408-416.

Brown, T.A., Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 835-844.

Brown, T.A., Di Nardo, P.A., Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, Albany: Graywind Publications.

Burns, D. (1996). *Se libérer de l'anxiété sans médicaments : La thérapie cognitive, un autotraitement révolutionnaire de la dépression*. France : JC Lattès.

Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I., Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British journal of psychiatry*, 151, 532-543.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behaviour therapy and cognitive-behaviour therapy in a treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 167-175.

Côté, C., Parrate, J., Landry Balas, L., Lamarre, S., Beauséjour, D., Dumas, M., Bruneau, J., Gingras, M-A. *L'approche systémique en santé mentale*. (1999).Canada : Les presses de l'université de Montréal.

Davey, G., Tallis, F. (1994). *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Angleterre: John Wiley and Sons.

Dugas, M.J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of anxiety disorders*, 14(1), 31-40.

Durand, V.M., Barlow, D.H. (traduction de la 2ème édition américaine) (2002). *Psychopathologie une perspective multidimensionnelle*. Paris : De Boeck.

Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R., Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic therapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British journal of psychiatry*, 165, 315-323.

Edelmann, R.J. (1992). *Anxiety : Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Angleterre: John Wiley and Sons

Ferreri, M., Morand, P., Nuss, P. (1999). *Les troubles anxieux*. Paris : ellipses

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*. 17, 791-802.

Godbout, R. (2004). L'impact du sommeil sur la santé mentale. *Psychologie Québec*, 21, 26-29.

Kehoe, W.A. (1999), Venlafaxine for Generalized Anxiety Disorder. *Pharmacist's letter*. 15, (4).

Kendall, P.C., Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and Overlapping Features*. California: Academic press Inc.

Knapp, S., VandeCreek, L. (1989). *Diagnosis and treatment selection for anxiety disorders*. États-Unis: Practitioner's resource series

Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J-M. (1999). *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale*. Montréal : gaëtan morin.

Lalonde., Aubut., Grunberg. (1999). *Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale*. Montréal : gaëtan morin.

Larivey, M. (1997). L'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mentale. *La lettre du psy*. 1 (1), 1-7. Récupéré le 2 octobre 2003 de [http : //www.redpsy.com/infopsy/anxiete.html](http://www.redpsy.com/infopsy/anxiete.html)

Le Gall, A. (1992). *L'anxiété et l'angoisse*. Paris : Presses universitaire de France.

Lépine, J.P., Lellouch, J., Lovell, A. (1989). Anxiety and depressive disorders in a French population: methodology and preliminary results. *Psychiatry and psychobiology*, 4, 367-375

Marchand, A., Letarte, A. (2001). *La peur d'avoir peur, guide et traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Québec : Alain Stanké.

Maser, J.D., Cloninger, C.R. (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American psychiatric press Inc.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., Borkovec, T.D. (1990), Development and validation of Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-496

Minary, J.P. (1992). *Modèles systémiques et psychologie*. Liège : Mardaga.

Néron, S. (1993). *Des outils pour maîtriser l'anxiété et la panique*. Canada : Méridien

Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Wallace, L.A. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 4, 267-292

Radat, F. (1998). *Les états anxieux*. Paris : Doin.

Sanderson, W.C., Di Nardo, P.A., Rapee, R.M., Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*, 99, 308-312

Sartorius, N., Andreoli, V., Cassano, G., Eisenberg, L., Kielholz, P., Pancheri, P., Racagni, G. (!990). *Anxiety, psychobiological and clinical perspectives*. New-York: Hemisphere publishing corporation.

Swinson, R.P., Cox, B.J., Kerr, S.A., Kuch, K., Fergus, K.D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *Canadian journal of psychiatry*, 37, 188-191.

Warren, R., Zgourides, G. (1991). *Anxiety disorders, A rational-emotive perspective*. États-Unis: Pergamon press.

Remerciements

Je désire exprimer ma gratitude à l'endroit de mon directeur d'essai, monsieur René Marineau, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son précieux soutien dans la rédaction de cet essai.